

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

36

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. COCHEREL

Né à Josselin (Morbihan), le 26 mai 1886

LES

PANSEMENTS SUCRÉS

EN CHIRURGIE

Président : M. P. RECLUS professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

36

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. COCHEREL

Né à Josselin (Morbihan), le 26 mai 1886

LES

PANSEMENTS SUCRÉS

EN CHIRURGIE



Président : M. P. RECLUS professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

LES PANSEMENTS SUCRÉS EN CHIRURGIE

INTRODUCTION

Hâter la cicatrisation des plaies a été de tout temps la préoccupation des médecins et des chirurgiens. Il ne faut pas seulement qu'une plaie guérisse, il faut qu'elle guérisse rapidement. Chacun y verrait son avantage, surtout à l'heure actuelle avec la loi sur les accidents du travail; c'est d'abord l'ouvrier qui, pour une plaie parfois insignifiante, est contraint d'interrompre assez longtemps son travail; c'est ensuite la compagnie d'assurances qui est obligée de l'indemniser pendant son chômage.

Il semble qu'en ce moment, nous ayons entre les mains un moyen pratique et à la portée de tous, d'activer cette cicatrisation, nous ne dirons pas de toutes les plaies, mais d'un très grand nombre. L'expérience en a été commencée il y a deux mois environ, dans le service de M. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin. C'est sur les indications de M. Chevrier, chirurgien des hôpitaux, qu'on eut l'idée de traiter par le sucre toutes les plaies, tous les ulcères

entrant dans le service. Le résultat a été excellent ; nous le montrerons plus loin, par les observations que nous avons recueillies.

Mais avant de poursuivre l'étude de notre sujet, nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est donnée d'exprimer notre gratitude à tous ceux qui furent nos maîtres pendant nos études médicales.

Nos débuts se firent sous la direction des professeurs Follet et Dayot. Externes dans leur service de médecine et de chirurgie, nous avons gardé de leur enseignement le meilleur souvenir.

MM. les Drs Bodin, Véron, Marquis, par les conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer, ont également droit à nos remerciements.

M. Chevrier, chirurgien des hôpitaux, qui nous donna l'idée de ce travail, a bien voulu nous communiquer des observations et nous donner de précieux conseils ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre reconnaissance.

Notre ami Lefranc, interne du service, MM. Gand et Laurent, externes, nous ont donné quelques observations et quelques renseignements ; nous leur adressons tous nos remerciements, ainsi qu'à M. Steibel, externe du même service, à l'amabilité duquel nous devons la planche que nous reproduisons.

M. le professeur Reclus nous fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES PANSEMENTS

Nous ne parlerons pas, dans cette classification, du traitement empirique et très souvent fantaisiste des plaies, qui existait avant la découverte des microbes par Pasteur : nous nous occuperons seulement du traitement institué depuis cette époque. Actuellement, nous pouvons ranger sous quatre chefs les différents pansements employés en chirurgie. Ce sont : les pansements antiseptiques, les pansements aseptiques, les pansements conservateurs et, enfin, ce que nous appellerons les pansements sucrés.

I. — LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

Avant la période antiseptique, les véritables causes de l'infection étant inconnues, les chirurgiens de l'époque avaient, dans le traitement des plaies des résultats souvent nuls ou médiocres. Il faut arriver aux travaux de Pasteur, sur les fermentations et la putréfaction, pour trouver le point de départ de la doctrine rationnelle sur laquelle s'est fondée la

méthode antiseptique. Ce fut un chirurgien anglais, Lister, qui, en 1875, créa cette méthode : les antiseptiques détruisant les germes et empêchant leur développement, leur emploi était tout indiqué dans le traitement des plaies. C'est ainsi que fut employé d'abord l'acide phénique pendant assez longtemps ; plus tard, d'autres antiseptiques servirent à leur tour : le sublimé, le permanganate de potasse, l'eau oxygénée, l'oxycyanure de mercure, la teinture d'iode, etc. Les résultats furent excellents, mais cet enthousiasme dut bientôt céder devant quelques insuccès et surtout devant quelques accidents graves.

Certains chirurgiens, en effet, ne tardèrent pas à remarquer les inconvénients des antiseptiques chimiques. Ainsi que le dit Chavasse, « ils sont irritants pour les tissus sains dont ils peuvent compromettre la vitalité et dont ils diminuent le pouvoir phagocytaire ; leur application détermine généralement, par irritation, une sécrétion abondante qui gêne la réunion primitive ; leur action sur les germes ou les spores est irrégulière, infidèle, fort souvent incomplète, soit par une insuffisance de la dose maniable, soit parce que les bactéries s'enveloppent dans les tissus de substances grasses qui leur permettent de s'y soustraire ; leur puissance contre les lésions infectieuses est faible, nulle parfois ; enfin, et ce n'est pas le moindre de leurs inconvénients, ils ont un pouvoir toxique qui a été la cause d'accidents généraux plusieurs fois suivis de mort ».

D'autre part, Rontchewsky trouve que les plaies

traitées par une solution antiseptique se cicatrisent plus lentement, les leucocytes se multiplient moins et d'une façon plus tardive ; d'après ses expériences, les antiseptiques auraient une influence fâcheuse sur les tissus sains.

Bujwid va plus loin et montre que des doses de staphylocoque, doses trop faibles pour être pyogènes, le deviennent quand elles agissent concurremment avec l'acide phénique à 2 o/o ou la solution de sublimé à 1 o/oo.

A cette méthode rationnelle, puisqu'elle visait la destruction des germes, cause de l'infection, mais parfois dangereuse, succéda bientôt une seconde méthode dérivant tout autant que la première, des découvertes de Pasteur : c'est la méthode aseptique qui a donné le pansement aseptique.

II. — LES PANSEMENTS ASEPTIQUES

Ces pansements n'ont pas les inconvénients des pansements décrits ci-dessus. Ici, tout ce qui sert est aseptique : mains du chirurgien, instruments, matériel de pansement ; on ne dépose sur la plaie aucun microbe.

Ces pansements sont surtout employés pour les plaies opératoires faites en terrain sain ; pour les opérations septiques et les plaies accidentelles, l'antisepsie conserve encore ses droits dans nombre de cas.

Quelques reproches ont été faits à cette méthode : impossibilité absolue d'avoir les mains aseptiques et de désinfecter la peau du malade. Pratiquement, c'est peu important, et il est bien certain que la méthode est bonne et ne présente pas de dangers ; nous ajouterons que les pansements aseptiques sont neutres pour les tissus.

III. — LES PANSEMENTS CONSERVATEURS

Ce sont les pansements au sérum physiologique, au bicarbonate de soude, etc... Ils ont un avantage : c'est de conserver les tissus dans un bon milieu et d'entretenir la vie dans les cellules : ce sont des pansements isotoniques. Dans la thèse de Gottschalk, sur le traitement des plaies, nous relevons des observations de plaies traitées avec succès par le sérum physiologique ; de même Maurel, dans sa thèse, nous indique les nombreuses qualités du pansement au sérum. D'autre part, Carteret résume ainsi l'action des pansements au bicarbonate de soude : « Le bicarbonate de soude agit à la façon des injections salines qui rendent au sang une partie de son alcalinité, alcalinité, nous le savons, qui est diminuée dans les grandes infections ; la solution bicarbonatée exercerait dans un coin de l'organisme le même rôle que joue l'hypodermoclyse dans les infections générales, elle agirait comme un « sérum local ». En outre, il respecte l'intégrité anatomique des éléments cellulaires ; c'est

là un facteur important qui le distingue des antiseptiques. Ceux-ci, en effet, s'ils détruisent les germes, détruisent aussi les cellules organiques, et cette dernière altération devient un obstacle à la réparation des tissus. »

IV. — LES PANSEMENTS SUCRÉS

Enfin, nous avons les pansements sucrés. Ces pansements n'ont peut-être pas certaines qualités des pansements antiseptiques, mais ils n'en ont pas les inconvénients ; il n'ont aucune action toxique sur la cellule ; ils ne sont pas simplement neutres comme les pansements aseptiques ; ils ne sont pas seulement conservateurs comme les pansements au sérum physiologique par exemple. Ils semblent avoir un autre mérite : c'est de nourrir la cellule, de lui servir d'aliment et d'agir par hyperbiose. Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement ici sur leur mode d'action ; nous y reviendrons au chapitre IV de notre travail.

CHAPITRE II

MATÉRIAUX ET MODE D'EMPLOI

Le pansement sucré peut se faire de deux façons : humide ou sec.

Dans le premier cas, c'est une solution isotonique de glucose dans l'eau, à 48 o/oo, stérilisée. La plaie est lavée avec des tampons imbibés de cette solution, puis, une fois bien nettoyée, nous la recouvrons de silk protective trempé dans cette même solution; par-dessus, coton et bande, tout comme un pansement ordinaire. Lorsqu'on se sert de ce sérum glucosé, le blessé n'éprouve aucune douleur après le pansement; de plus, il n'y a pas d'adhérence du silk protective avec la plaie, de sorte que le pansement s'enlève avec la plus grande facilité et sans douleur. On peut également imbiber des compresses au lieu de silk et les appliquer sur la plaie. Somme toute, ce que nous faisons, c'est un pansement humide, avec cette différence que l'eau bouillie est remplacée par une solution de sérum glucosé isotonique à 48 o/oo. Nous devons dire de suite que nous employons peu cette solution de sérum glucosé, nous nous servons davantage du pansement sec.

Ce dernier se fait avec du sucre ordinaire en poudre, sans aucune autre préparation ; mais depuis longtemps déjà, nous lui avons substitué le glucose ; dans notre dernier chapitre nous donnons les raisons de cette substitution.

La technique fort simple est la suivante : elle ressemble à celle employée par M. Chevrier pour ses poudres radifères, indifférentes, modificatrices ou antiseptiques, dont l'effet d'ailleurs a une certaine analogie avec celui du sucre. Voici ce qu'il dit : « L'application des poudres sur la plaie est faite de la façon suivante. Le flacon contenant la poudre étant débouché, j'applique sur le goulot une épaisseur de gaze aseptique que je fixe avec les doigts ou par un lien quelconque autour du col de la bouteille : il me suffit alors de donner sur le fond du flacon renversé de petits coups secs pour voir tomber la poudre à travers le tamis de gaze. Puis je couvre la plaie saupoudrée de compresses aseptiques.

» Les pansements à la poudre ont un inconvénient : les compresses aseptiques sèches adhèrent aux tissus, et quand on les soulève, on arrache une partie des cellules qui s'organisaient et on gêne la cicatrisation. J'ai essayé de remédier à cet ennui de deux façons : 1) en faisant des pansements rares ; 2) en évitant l'adhérence des tissus au pansement ; dans ce but, ou bien je recouvre la plaie saupoudrée de poudre radifère de compresses largement tartinées d'une pommade indifférente non radifère ; ou bien je protège la plaie saupoudrée par des bandelettes

imbriquées de silk protective, stérilisé à l'ébullition et séché entre des compresses aseptiques, pansement isolateur analogue à celui qu'on emploie après les greffes dermo-épidermiques de Thiersch. » Ce sont les bandelettes de silk protective que nous employons après le saupoudrage, mais nous ne les séchons pas entre des compresses. Le décollement de ces pansements est facile et non douloureux ; le liséré épidermique étant respecté, la cicatrisation n'est pas retardée. Avant le saupoudrage, la plaie est nettoyée avec des tampons imbibés d'eau bouillie chaude. L'eau chaude, ainsi que l'a montré M. Reclus, est à la fois antiseptique, hémostatique et, de plus, elle réchauffe le blessé.

Dans quelques cas où nous avons employé le pansement au sucre, il nous a été donné de constater de la douleur chez le blessé après le pansement. Ce phénomène s'observe surtout chez les gens dont les tissus sont extrêmement sensibles. Nous rapportons, au chapitre III, l'observation d'un jeune homme brûlé par une explosion de gaz et sur la cuisse duquel nous avons appliqué un pansement au sucre ; la douleur a été telle que nous avons été obligés de lui faire une piqûre de morphine. C'est peu de temps après le pansement, quelques secondes ou quelques minutes, que la douleur commence ; elle dure environ une demi-heure à une heure ; il y a là une question de susceptibilité individuelle dont il faut tenir compte. Il ne faut pas s'obstiner à continuer le sucre dans ces cas, mais le

remplacer par du sérum glucosé qui, lui, n'est pas douloureux.

Une autre particularité du pansement sucré est à noter ; nous l'avons observée deux ou trois fois seulement : c'est la formation sur la plaie d'une sorte de fausse membrane blanc rougeâtre, assez épaisse parfois. Lorsqu'on enlève le pansement, on l'aperçoit très bien ; il suffit de l'enlever avec un tampon, elle est très facilement décollable et son ablation ne provoque aucune douleur. Nous n'avons pas fait l'examen histologique de cette fausse membrane, mais nous pensons qu'elle doit être sans grand intérêt.

Est-il nécessaire de renouveler fréquemment les pansements au sucre ? Actuellement, voici la règle que nous suivons, avec quelques modifications toutefois, suivant les cas. Les plaies infectées sont pansées tous les jours ; lorsqu'elles sont à peu près désinfectées, on ne les panse que tous les deux jours ; quant aux ulcères, deux pansements par semaine suffisent largement.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Les résultats du traitement par le sucre n'étant pas identiques pour toutes les plaies, nous avons cru bon de classer celles-ci en trois catégories. Dans la première, nous nous occuperons des plaies récentes et peu infectées ; dans la seconde, des ulcères et dans la troisième des plaies infectées.

I. — PLAIES RÉCENTES ET PEU INFECTÉES

Dans cette catégorie de plaies, nous avons d'excellents résultats ; nous constatons rapidement une activation du bourgeonnement des plaies ; celles qui sont atones ou à bourgeons blafards et gris se modifient rapidement, deviennent roses et se couvrent de bourgeons de bon aspect. L'épidermisation est favorisée d'une façon évidente. Nous comprenons facilement ces résultats, car dans cette série de plaies, le processus de cicatrisation n'est pas atteint ; l'état général des tissus étant bon, on se trouve dans des conditions favorables. Lorsque

le malade entre à l'hôpital, la plaie étant souillée, nous la désinfectons par un ou plusieurs pansements humides avant de passer au sucre.

OBSERVATION I (Personnelle)

C'est un jeune homme de dix-sept ans, B. . Louis, imprimeur, qui entre à l'hôpital le 28 août dernier pour une hernie inguinale gauche. On l'opère le 3 septembre : à son premier pansement, on s'aperçoit qu'il y a un double lâchage des tissus, produisant sur la ligne d'incision deux petites plaies. La plaie supérieure a 7 à 8 millimètres de diamètre et l'inférieure 5 à 6 millimètres ; l'aspect de ces plaies est plutôt grisâtre ; les tissus du malade sont atones. On applique des pansements sucrés tous les deux jours : au bout de trois pansements l'orifice supérieur a complètement disparu , il a fallu plus de temps pour l'orifice inférieur qui ne s'est cicatrisé qu'au début d'octobre.

OBSERVATION II (Personnelle)

M... Jean, cinquante-sept ans, cuisinier, souffrant d'un peu de rhumatisme dans le genou gauche, eut l'idée, le dimanche soir 25 août, de badigeonner largement la région douloureuse avec de la teinture d'iode qu'il possédait chez lui. Malheureusement, cette teinture d'iode, vieille de deux ou trois ans, agit à la façon d'un caustique violent, au point que, au bout de peu de temps, il se forma des phlyctènes. Le 29 août, il vient se faire soigner à l'hôpital Cochin, on lui

fait un pansement à la vaseline boriquée. Sorti le même jour de l'hôpital, il y rentre définitivement le 1^{er} septembre. On le traite toujours à la vaseline boriquée et cela pendant les huit jours qui suivent son entrée. Au bout de ce temps, c'est-à-dire le 8 septembre, on lui applique des pansements sucrés. Au début de ces derniers pansements, voici ce que l'on constate : sur une hauteur d'environ 20 centimètres en avant du genou, de 15 centimètres sur le côté interne, de 9 centimètres sur le côté externe et de 5 centimètres en arrière du genou, se trouve une plaie, non continue, mais serpentineuse, en forme de carte de géographie, avec des intervalles de peau respectées. Le traitement au sucre réussit parfaitement chez lui, et au bout de dix jours il sort de l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION III (Personnelle)

G... Louis, seize ans, journalier, a eu l'index de la main gauche écrasé ; il s'est traité chez lui et a guéri ; par suite de la rétraction de la peau, son doigt a la forme d'un crochet et il ne peut en faire usage. Il vient à l'hôpital le 4 septembre ; on lui fait une greffe suivant la méthode italienne ; au bout de quelque temps, en enlevant le pansement, on s'aperçoit qu'il a du sphacèle de cette greffe, au niveau de l'extrémité du doigt et sur les bords de la greffe. Teinture d'iode et bains locaux lui sont ordonnés ; vers le 28 septembre on entreprend les pansements sucrés ; la cicatrisation complète est survenue dans l'espace de huit jours.

OBSERVATION IV (Personnelle)

D... Pierre, quarante-cinq ans, poseur de rails, entre dans le service le 23 septembre ; au cours de son travail, il s'est blessé ; une lourde plaque de fer est tombée sur le devant de sa jambe gauche, lui faisant une plaie dont les dimensions sont à peu près celles d'une pièce de cinq francs. Après deux pansements humides, on emploie le sucre ; cinq pansements suffisent pour obtenir une cicatrisation complète ; il sort de l'hôpital le 8 octobre.

OBSERVATION V

(En collaboration avec M. Laurent, externe du service.)

M^{me} F..., quarante-sept ans, domestique, entre dans le service pour un lipome situé à la partie supérieure de la cuisse gauche. Elle est opérée le 8 août ; tout va bien, mais à la suite d'une application de teinture d'iode, comme elle a la peau très sensible, on lui occasionne une plaie dans cet endroit. Pendant une quinzaine on applique des pansements à l'alcool et à l'iode chloroformé ; la plaie cicatrise lentement. Les quinze jours qui suivent, on emploie des pansements humides ; l'amélioration étant toujours très lente, on s'adresse vers le 12 septembre au glucose. A cette époque, la plaie a 10 centimètres de long sur $\frac{1}{4}$ de large. A partir de ce moment, la cicatrisation s'effectue plus facilement ; nous revoyons la malade le 19 octobre, la plaie est presque com-

plètement cicatrisée ; un ou deux pansements suffiront pour amener la guérison complète.

OBSERVATION VI (Personnelle)

B..., Paul, trente ans, journalier, entre dans le service le 30 août. Il conserve, à la suite d'une laparotomie pour péritonite bacillaire, une plaie dont les dimensions sont : longueur 6 centimètres, largeur 3. Après quelques pansements à l'eau oxygénée, la plaie, dont les dimensions sont encore les mêmes, est traitée par le sucre ; le premier pansement sucré est appliqué le 20 septembre. Le 10 octobre, la plaie a diminué de moitié ; la longueur est de 3 centimètres, la largeur 1 cm. 5. Au bout d'une huitaine de jours, la cicatrisation complète est obtenue.

II. — ULCÈRES

Ici, les conditions ne sont plus les mêmes que ci-dessus ; le processus de cicatrisation est atteint. Un membre variqueux est en état de déchéance trophique. Il y a là, comme partout, des variations individuelles dont il faut tenir compte ; à côté d'ulcères traités au sucre et guéris rapidement, il en est d'autres qui sont lents à cicatriscr. Pour certains ulcères, auxquels tous les traitements institués à tour de rôle ont été sans succès, le sucre a apporté des améliorations très notables.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Chevrier, chirurgien des hôpitaux.)

O... Pierre, âgé de quarante-trois ans, journalier, se présente le 5 août à l'hôpital Cochin avec un ulcère récidivé, situé à la face interne de la jambe gauche. Cet ulcère affecte une forme triangulaire ; les côtés de ce triangle, à peu près égaux entre eux, ont 3 centimètres de long. Comme il y a un peu d'infection, on commence par faire des pansements humides pour la faire disparaître, puis les pansements au sucre sont appliqués. Au bout de dix jours la cicatrisation est complète.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Chevrier.)

G..., Auguste, cinquante-trois ans, employé, entre le 19 juin dans le service. Il présente un ulcère assez infecté, situé à la face interne de la jambe droite : on voit des varices de ses gros troncs serpenter sous la peau. Afin de désinfecter son ulcère on lui fait pendant longtemps des pansements humides, puis le 28 juillet M. Chevrier l'opère, lui pratiquant la résection de sa saphène et l'ablation de son ulcère. Les sutures sont très difficiles au niveau de l'ulcère, car la peau tire fortement ; au bout du troisième ou quatrième jour, en faisant le pansement, on s'aperçoit que les fils sont coupés et qu'il y a une légère infection. Quelques pansements humides sont appliqués et on se sert ensuite de panse-

ments sucrés; ici, c'est le sucre qui a été employé et non le glucose; c'était en effet le début des expériences. La plaie a une longueur de 6 centimètres et une largeur de 6 millimètres; la guérison est complète en dix jours.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Chevrier.)

M... Jean, soixante ans, charbonnier, entre à l'hôpital le 2 août; il présente un ulcère au niveau de la partie moyenne de la face interne de sa jambe, sans varices appréciables. Il a une forme à peu près ovalaire, avec les dimensions suivantes: 8 à 9 centimètres de longueur sur 3 de largeur. On commence à le traiter par des pansements désinfectants humides, puis on lui applique les pansements sucrés. Avec ces derniers, l'épidermisation fait des progrès réguliers, mais pas très rapides au début. La plaie se couvre entre chaque pansement d'une sorte de fausse membrane gris rosé, peu adhérente à la plaie, et facile à enlever avec un tampon d'ouate. Son ablation ne détermine aucune espèce d'hémorragie. Au-dessous de cette membrane, on trouve des bourgeons charnus rosés. Cet état persiste pendant une douzaine de jours; après ces douze jours d'amélioration lente, la plaie cesse de sécréter cette fausse membrane et se cicatrise dans l'espace d'une dizaine de jours. Le malade sort complètement guéri le 4 septembre.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. Laurent, externe du service.)

M^{me} C..., trente ans, concierge, entre dans le service pour varices et ulcère variqueux situé sur le côté interne de la jambe droite. M. Chevrier lui pratique la résection de sa saphène et l'ablation de son ulcère. Au premier pansement, on constate que la cicatrisation est bonne, sauf au niveau de l'ancien ulcère. Il y a à cet endroit une plaie peu profonde, mais longue de 3 centimètres et large de 1 centimètre. Trois semaines après l'opération, le traitement de la plaie par l'alcool et l'iode chloroformé ne donnant pas de résultat, on applique les pansements au sucre.

Au bout de dix à douze jours de ce traitement, la plaie s'est complètement cicatrisée; la malade quitte l'hôpital le lendemain 6 septembre.

OBSERVATION V

(En collaboration avec M. Gand, externe du service.)

S... Jean, cinquante-sept ans, égoutier, entre dans le service le 17 juin pour un ulcère qu'il présente depuis quatre mois environ sur la face externe de sa jambe droite. Les dimensions de cet ulcère sont les suivantes : longueur 9 centimètres, largeur 6 cm. 5. Avant son entrée dans le service, il s'est soigné chez lui, mais aucune amélioration n'étant survenue, il se décide à entrer à l'hôpital. Ici, divers trait

tements sont appliqués, mais malgré tous les efforts, l'ulcère persiste toujours aussi grand qu'au début. On entreprend alors, le 20 août, les pansements au sucre; ce traitement est satisfaisant : au bout d'un mois l'amélioration est très nette, l'ulcère a sensiblement les dimensions d'une pièce de 5 fr. Quant à la zone ulcérée, un bourgeonnement actif la recouvre. Nous revoyons le malade le 19 octobre; l'ulcère n'est pas encore guéri, mais il a notablement diminué; en longueur il a 3 centimètres, en largeur 12 millimètres. Nous signalerons encore ici la présence d'une fausse membrane entre chaque pansement; ses caractères sont les mêmes que celle dont nous avons parlé dans une observation antérieure.

OBSERVATION VI

(En collaboration avec M. Gand.)

R... Jean, soixante-sept ans, journalier, entre dans le service pour un ulcère variqueux : il commence à souffrir de varices en 1878; l'année suivante, apparition d'un ulcère; il se soigne chez lui, puis vient à l'hôpital; jusqu'en 1900, il y entre par trois fois différentes. A cette époque son ulcère paraît guérir.

Une nouvelle récurrence nécessite encore son entrée le 8 juillet dernier; on lui fait des pansements humides pendant quinze jours, puis des pansements secs. Le 24 août on commence le traitement au sucre; à ce moment, son ulcère, de forme très irrégulière, présente dans ses dimensions les plus longues 12 et 17 centimètres.

Nous le revoyons à la fin de septembre, les dimensions

sont 6 sur 6 centimètres; le 19 octobre il y a encore diminution, nous avons 4 cm. 5 et 5 centimètres.

OBSERVATION VII (Personnelle)

C... Jean, vingt et un ans, maçon, atteint d'une large ulcération siégeant à la face externe de la jambe gauche entre dans le service le 5 août; le début de son affection remonte à six mois environ; son ulcère a la forme d'un cercle dont le diamètre aurait 5 centimètres environ. On lui fait des pansements humides pendant douze jours; le 18 août on commence les pansements au sucre, à raison de 2 par semaine; sous l'influence de ce traitement, l'ulcère se cicatrise complètement en un mois.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

D... Marcelle, dix-huit ans, vient se faire traiter à la consultation pour une ulcération située au tiers inférieur et externe de la jambe gauche. C'était au début un simple petit bouton que la malade a écorché; l'ulcération a grandi pendant un certain temps, puis reste stationnaire. Cette personne s'est soignée chez elle, mais voyant le peu de résultats qu'elle obtenait, elle vient à l'hôpital.

Nous instituons le traitement au sucre le 15 octobre; à ce moment les dimensions sont: 17 millimètres sur 13. Nous revoyons la malade le 22 octobre, la cicatrisation est presque complète, une surface de plaie égale à deux têtes

d'épingle existe encore ; un dernier pansement suffira pour la cicatriser.

III. — PLAIES INFECTÉES

Dans cette catégorie de plaies, nous rangerons certaines plaies accidentelles, celles qui suivent l'ouverture d'abcès, de phlegmons, etc.

Deux phases sont à considérer : *a*) la phase de désinfection ; *b*) la phase de réparation.

Dans la première, nous n'avons pas, par crainte, employé le sucre au début, mais depuis peu, dans quelques cas, nous nous en sommes servi de suite. Nous désinfectons bien la plaie avec de l'eau bouillie ou du sérum glucosé, rarement avec des antiseptiques ; nous saupoudrons ensuite de sucre. L'amélioration est longue à se faire sentir, car, très souvent, au début, entre la plaie et la peau saine, il y a un sillon parfois prononcé qu'il est très important de voir se combler, pour que l'on s'aperçoive des progrès de l'épidermisation.

A cette phase, les pansements sont renouvelés tous les jours. A la seconde phase, nous faisons les pansements tous les deux jours ; le sillon étant comblé, la plaie qui, au début, semblait devoir rester stationnaire, change d'aspect et se cicatrise rapidement.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Chevrier.)

L... Albert, cinquante et un ans, maçon, entre le 7 août dans le service : il présente une grosse lymphangite avec les traces d'une collection à la face externe de sa jambe gauche. On applique d'abord des pansements humides pour désinfecter et on incise la collection. De nouveau, on fait des pansements humides, puis on s'adresse au sucre ; au début de ces derniers pansements, la plaie a 8 centimètres de long sur 1 centimètre de large. La guérison complète est rapide : le malade sort de l'hôpital le 16 septembre.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Chevrier.)

C'est un jeune homme de seize ans, D... Eugène, bijoutier, qui entre le 7 août dans le service pour une tuméfaction située à la face interne de la jambe au niveau du tiers moyen : cette tuméfaction serait due à une chute qu'il aurait faite. Nous constatons qu'il y a un peu de rougeur de la peau ; il n'y a pas de douleur osseuse à la pression, mais une légère douleur à la localisation vague. On pense à un hématome suppuré ; une large incision est faite avec contre-ouverture en avant sur la crête du tibia ; curettage ; puis application de pansements humides pour désinfecter la plaie qui bâille largement. Les dimensions relevées sont : 6 centimètres de

long sur 1 cm. 5 de large. Au bout de quelques jours de pansements humides, on fait les pansements au sucre, la guérison s'effectue en dix jours.

OBSERVATION III (Personnelle)

D... Edouard, quarante ans, menuisier, entre dans le service le 26 août pour une hernie inguinale droite. Il est opéré le 31 août; dix à douze jours après l'opération, on constate un hématome des bourses à droite également; cet hématome suppure. On fait des pansements humides pendant un certain temps, puis on les remplace par des pansements sucrés à partir du 25 septembre. A cette date, la plaie a environ 5 centimètres sur 4 cm. 5. Le 4 octobre, nous revoyons le malade; la plaie a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le 8 octobre, il sort de l'hôpital, la plaie est presque complètement cicatrisée; un ou deux pansements suffiront pour obtenir une guérison complète.

OBSERVATION IV (Personnelle)

S... François, quarante-neuf ans, maçon, a fait une chute sur du verre le 27 juillet dernier; il porte une blessure à la partie inféro-interne de son avant-bras droit. Malgré son accident, il continue à travailler. Huit jours après, il vient à la consultation de l'hôpital, et là on lui fait un pansement; il continue son travail. Au bout de quelque temps, c'est-à-dire le 16 août, voyant qu'il n'allait pas mieux, il entre dans le service. Il présente un phlegmon occupant les trois quarts inférieurs de son avant-bras. Le 20 août une incision est

faite parallèlement au bord cubital et à 2 centimètres de ce bord, dans la région correspondant au tiers inférieur de l'avant-bras, avec contre-ouverture sur la face antéro-externe à la limite du tiers supérieur et du tiers moyen. On draine ; des bains chauds sont ordonnés et on applique des pansements humides. Ce traitement dure un mois ; au bout de ce temps les pansements au sucre sont commencés ; la plaie, à ce moment, présente les dimensions suivantes : 13 centimètres de long sur 3 cm. 5 de large.

Avec ces pansements l'amélioration se fait sentir de jour en jour : le 2 octobre les dimensions sont 7 sur un 1/2 centimètre ; le 12 octobre la cicatrisation est complète.

OBSERVATION V (Personnelle)

D... Louis, trente-huit ans, maçon, entre le 25 septembre dans le service, pour un phlegmon de la paupière supérieure gauche ; toute la région est rouge, enflammée, douloureuse, cette rougeur s'étend sur une partie de la face. La température est de 38°2 le soir de son entrée ; le lendemain matin nous avons 38°6, le soir 39 degrés. On le panse avec des compresses stérilisées imbibées de sérum glucose à 48 o/oo, le pansement est fait tous les jours. Peu à peu les douleurs deviennent moins fortes, le malade repose la nuit, sa température va en décroissant, pour devenir complètement normale au bout de trois jours.

Actuellement son œil est intact et voit clair ; il ouvre facilement ses paupières ; le 8 octobre il sort de l'hôpital.

OBSERVATION VI

(En collaboration avec M. Gand.)

B... Pierre, cinquante-six ans, scieur de bois, atteint d'ostéomyélite de la partie supérieure du tibia, entre dans le service le 17 juin. Il est opéré le 16 juillet ; après incision, son os est gratté, nettoyé, puis on lui fait des pansements au naphthol camphré ; ce traitement dure un mois environ sans amélioration sensible.

Le 20 août on commence les pansements sucrés ; à cette date voici l'état du malade : à la partie supérieure de la jambe droite, se trouve une plaie dont la longueur est de 14 centimètres, la largeur 7 en haut et 5 en bas ; la profondeur est de 4 centimètres dans la partie supérieure, 2 dans la partie inférieure. La peau est décollée, la plaie est rouge, et on trouve après chaque pansement du pus en abondance.

Sous l'influence du sucre, tout rentre peu à peu dans l'ordre : la douleur n'existe plus, le pus a disparu, la peau adhère à l'os sous-jacent de tous côtés. Le fond de la plaie s'est recouvert de points blanchâtres d'épidermisation ; les bords sont très notablement rapprochés, puisque le 19 octobre les dimensions de la plaie sont : longueur 4 centimètres ; largeur 2 centimètres dans la partie supérieure et 1 centimètre dans la partie inférieure. La profondeur a diminué de plus de moitié.

OBSERVATION VII (Personnelle)

H... Claire, vingt-six ans, domestique, a eu, à la suite de couches, divers accidents, et notamment un phlegmon de la jambe droite. Ce phlegmon est incisé le 24 août : sur la plaie ainsi formée, on fait des pansements humides pendant une dizaine de jours, ensuite des pansements secs à la teinture d'iode. Le 15 septembre on commence les pansements sucrés : c'est d'abord du sucre en poudre, puis du glucose. Au début de ce dernier traitement, la plaie a 20 centimètres de long sur 3 de large, et même 3 cm. 5 dans la partie médiane. Sous l'influence de ce traitement l'amélioration se fait sentir, car au bout d'un mois la cicatrisation de la plaie est complète.

OBSERVATION VIII

(En collaboration avec M. Gand.)

G... Maurice, vingt ans, coureur cycliste, entre dans le service le 20 septembre. La veille, pendant son travail, un bidon d'essence qu'il tenait à la main s'est brusquement enflammé et a fait explosion. Il a été touché aux deux mains et aux deux cuisses. Nous l'examinons au moment de son entrée ; la main gauche, principalement la région dorsale et la paume, est noirâtre jusqu'au-dessus du poignet ; elle semble carbonisée. L'épiderme, soulevé par places, laisse voir au-dessous un derme sanglant, mais peu creusé. Les doigts sont à peu près respectés.

Au bout de quelques jours, après nettoyage de sa main,

voici ce que l'on voit : une plaie sur la face dorsale de la main, s'étendant depuis le poignet jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes, et prenant en largeur toute la main. Quant à la plaie de la face palmaire, elle comprend l'éminence thénar et l'éminence hypothénar.

Cette main droite est traitée, du 20 au 28 septembre, par des pansements à la vaseline boriquée, puis avec des compresses imbibées de sérum glucosé, enfin avec du glucose pulvérisé. Au début du traitement par le sucre, la plaie est assez belle, mais il n'y a pas trace d'épidermisation. Les dimensions de la plaie dorsale sont, au début : 13 centimètres de long sur 9 de large. A divers intervalles nous revoyons le blessé ; le 19 octobre, les dimensions sont à peu près celles d'une pièce de 5 francs. Quant à la plaie située à la face palmaire, la cicatrisation a été complète dès le 9 octobre.

La main gauche est plus touchée que la main droite ; même traitement que ci-dessus au début, puis après la chute des eschares, pansements au sérum glucosé : le résultat est moins rapide que pour la main droite ; cela se comprend, étant donné que cette main est dans un plus mauvais état que l'autre. Il y a cependant quelques modifications ; toutes les eschares sont tombées ; le liséré épidermique est à peu près formé sur tout le pourtour de la plaie.

Quant aux brûlures des cuisses, nous ne pouvons encore enregistrer les mêmes modifications que pour les mains.

Toutefois, sur la cuisse gauche, la moins touchée, toutes les eschares sont tombées ; la plaie, qui a 32 centimètres de long en avant et 16 en arrière, a un très bon aspect ; nous voyons le liséré épidermique se former tout autour d'elle ; dans certains endroits il atteint 4, 5 et même 6 centimètres.

A un moment, nous avons voulu remplacer le sérum glucosé qui nous servait au pansement de la cuisse gauche par du glucose pulvérisé ; mais la douleur a été telle pendant les moments qui ont suivi le pansement, qu'on a dû faire une piqûre de morphine au malade. Nous avons, en conséquence, renoncé au glucose, et recommencé les pansements au sérum glucosé qui ne sont pas douloureux.

CHAPITRE IV

MODE D'ACTION DES PANSEMENTS SUCRÉS

En présence de ces observations de plaies traitées avec succès par le sucre, que devons-nous penser du mode d'action de ce sucre ? De quelle façon favorise-t-il le bourgeonnement et la cicatrisation des plaies ?

Pour répondre à cette question, il nous faut envisager d'abord l'action des pansements humides au sérum glucosé à 48 o/oo, et l'action des pansements secs au sucre, ou plus exactement au glucose pulvérisé, puisque c'est ce dernier seul que nous employons actuellement.

Dans le premier cas, ces pansements agissent simplement comme un pansement humide ; la quantité de glucose qu'on introduit sur la plaie est relativement minime, si l'on songe qu'avec 48 grammes de glucose, c'est-à-dire 1 litre de sérum glucosé, on peut imbiber un grand nombre de compresses ou de silks protectives. Ainsi que nous l'avons dit antérieurement, nous employons surtout ce sérum glucosé dans les cas où le glucose ne peut être toléré par le blessé.

Dans le second cas, les pansements secs avec le glucose pulvérisé peuvent exercer leur action de deux façons.

C'est d'abord une action physique ; ils agissent en tant que poudre inerte, telle que le talc, le charbon, etc., ils auraient la propriété d'irriter mécaniquement, physiquement les tissus. Ce n'est pas cette hypothèse que nous admettrons, ou, en tout cas, nous admettrons qu'il y a encore une autre action, car, dans ces conditions, il ne serait pas nécessaire de s'adresser au glucose, plus particulièrement qu'à une autre poudre qui irriterait les tissus et agirait mécaniquement tout aussi bien que le sucre.

Nous préférons la seconde manière de voir, qui est la suivante : le glucose nourrit les cellules des tissus sur lesquels il est appliqué, et c'est en apportant un aliment à ces cellules qu'il leur donne de la résistance et qu'il augmente la vie locale. Les pansements sucrés sont, pourrait-on dire, hyperbiotiques, et cette hyperbiose qu'ils produisent est de l'hyperbiose par surnutrition.

On peut faire de l'hyperbiose de bien des façons : ainsi la lumière, sous forme de grands bains de lumière surtout employés en Allemagne et en Italie par Jessen, a guéri ou amélioré des ulcérations tuberculeuses ; le radium à petite dose agit de même, ainsi que l'a fort bien montré M. Chevrier, on peut se servir, dans ce cas, d'injection dans les tissus de sels insolubles de radium ou encore de pommades et de poudres radifères les unes indiffé-

rentes, les autres modificatrices ou antiseptiques. L'électricité, l'hyperhémie active augmentant la circulation locale, la fulguration, etc., amènent aussi de l'hyperbiose, mais dans tous ces cas ce n'est pas de l'hyperbiose par nutrition. Il semble donc que leur action ne soit que momentanée, la cellule devant s'épuiser au bout d'un temps plus ou moins long suivant les cas ; elle n'est pas nourrie davantage. Il n'en est pas de même avec le sucre où on donne à manger à la cellule ; il n'y a pas d'épuisement, l'action n'est pas momentanée, elle est durable.

On sait que le saccharose, employé par nous au début, n'est pas directement assimilable, et c'est pourquoi nous lui avons substitué le glucose qui lui, au contraire, est tout à fait assimilable. En employant ce dernier, il nous est permis de croire à cette hypernutrition locale dont nous venons de parler, hypernutrition qui permet à la cellule de résister plus longtemps qu'une autre cellule. Mais le saccharose, au début, nous avait déjà donné des résultats appréciables ; comment les expliquer, puisqu'il n'est pas assimilable ?

Dans ce cas, nous pouvons croire à une excitation chimique amenant une réaction, mais n'est-il pas plus simple de penser que les cellules, excitées par ce saccharose, ont pu fournir un ferment capable de transformer ce saccharose non assimilable en glucose et lévulose, corps directement assimilable. Le nombre des ferments de l'organisme est si considérable, qu'il est permis d'émettre cette hypothèse.

Nous avons dit que le glucose était un aliment pour la cellule, mais on peut nous objecter qu'il est également un aliment pour le microbe.

Nous savons que le sucre est un excellent milieu de culture pour les microbes en général, mais il y a des cas où le sucre n'a aucune action sur eux. Bien plus, certains expérimentateurs ont démontré que le sucre diminuait la virulence de certains d'entre eux, il est des cas que Nicolas et Courmont ont bien spécifié, où le glucose diminue la virulence du staphylocoque. D'autre part, si les expériences de Otto Bujwid montrent l'action favorisante que le glucose exerce sur le pouvoir pyogène du staphylococcus aureus, et si Karlinski et Ferraro confirment pleinement cette opinion, Grawitz et de Bary, Steinhäuss, Herman nient toute influence favorisante du glucose sur la suppuration. La question ne paraît pas nettement tranchée; en tout cas, dans nos observations, il ne nous a pas semblé que le glucose ait favorisé d'une façon évidente le développement des microbes sur les plaies. La résistance des cellules est-elle augmentée au point de vaincre les microbes, devenus eux-mêmes plus virulents ? Nous ne pouvons pas l'affirmer.

Enfin, une dernière question se pose : c'est de savoir s'il est possible de traiter par le sucre une plaie survenant chez un individu atteint de diabète sucré. Nous n'avons pas eu l'occasion dans le service, depuis nos essais sur ce traitement, de panser de plaies chez les diabétiques. On connaît, chez ces gens,

le facile développement des infections (phlegmons, furoncles, anthrax, gangrène, tuberculose, etc.), mais est-ce le sucre la cause unique du développement de ces infections, de leur intensité au cours du diabète sucré, spontané et même expérimental. A ce sujet, voici ce que dit Nicolas : « Le sucre a, certainement, une importance indéniable, mais à côté ne peuvent être négligés de nombreux facteurs dont le rôle n'est pas moins intéressant. En effet, les lésions nerveuses (névrites, polynévrites, etc.) qui ne sont pas rares dans le diabète (Leyden, Buzzard, Althus, Auché) ne peuvent être oubliées, surtout depuis que les travaux de Charrin et Ruffier, de Kerman, Kasparech ont montré l'influence des sections nerveuses sur la localisation et le développement de la suppuration dans le territoire énervé.

Les altérations vasculaires au cours du diabète, les infarctus hémorragiques des capillaires, comme en a observé Roseblatt, peuvent bien n'être pas sans importance dans la production des nécroses, des gangrènes et de la suppuration.

Enfin, il est un dernier facteur, de connaissance récente chez les diabétiques, mis en relief par M. Kaufman, et dont l'influence pourrait bien être primordiale. Kaufman admet que « à l'état normal, le pancréas déverserait dans le sang une substance modérant la destruction histologique dans les tissus et exerçant une influence très marquée sur leur nutrition ; que cette sécrétion interne du pancréas vienne à être supprimée, et les tissus, altérés dans

leur nutrition, perdant leurs matériaux de réserve, puisque l'histolyse ne sera plus réfrénée, deviendront une proie facile pour les divers agents pathogènes qui peuvent les envahir. Mais ce n'est là qu'un premier point. En effet, ces matériaux provenant de la désintégration histolytique, dit Kaufman, vont agir sur le foie, lui apporter des matériaux sur lesquels son activité glyco-formatrice s'exercera et produira l'hyperglycémie. Dès lors, vont se trouver réunis deux facteurs qui, pris isolément, auraient déjà une influence favorisante des plus marquées sur le développement des agents pathogènes, et dont l'association expliquera facilement la fréquence et la gravité des infections au cours du diabète sucré ». Nous ne concluons pas que le sucre puisse avoir une bonne action sur les plaies des diabétiques : la question est à préciser.

Dans toute plaie, deux facteurs très importants sont à considérer : le microbe et le terrain. Jusqu'aux pansements conservateurs on ne s'était guère occupé que du microbe. Les pansements antiseptiques et les pansements aseptiques visaient surtout la destruction des germes sans s'occuper du terrain. Avec le sérum physiologique et les autres pansements conservateurs, on commence à prendre ce dernier en considération : on met en effet les cellules dans un bon milieu. Enfin, avec les pansements sucrés, les cellules trouvent un aliment, on pourrait même admettre que le terrain prime tout et que le microbe est secondaire, si l'on admet que le sucre

favorise sa virulence, ce que des expérimentateurs ont démontré inexact dans certains cas.

Bien des inconnues nous échappent encore et nous pouvons de nouveau répéter avec Wœlfli : « Tant que nous ne connaissons pas avec certitude les moyens qu'emploie la nature pour lutter contre l'infection, et que nous ne pourrions par conséquent imiter artificiellement ces moyens, les plaies resteront pour nous un insondable mystère. »

•

CONCLUSIONS

1° L'emploi des antiseptiques, surtout des antiseptiques énergiques, peut être une cause de danger non pas seulement par les désordres généraux, intoxications, lésions rénales et autres qu'ils peuvent occasionner, mais encore par des désordres locaux, en diminuant la force de résistance des tissus ;

2° Les pansements aseptiques n'ont pas ces inconvénients, mais ils ne favorisent pas l'excitation cellulaire : ils sont neutres ;

3° Les pansements conservateurs mettent les tissus dans un bon milieu, mais ils n'apportent aucun aliment à la cellule ;

4° Les pansements sucrés sembleraient augmenter la vie locale en apportant un aliment aux cellules ; ils provoqueraient de l'hyperbiose par surnutrition.

5° Étant donné que le glucose est directement assimilable, c'est lui et non le saccharose que nous employons ;

6° Le mode d'emploi est le suivant :

a) Pansement humide au sérum glucosé à 48 o/oo ;

b) Pansement sec avec glucose pulvérisé, directement appliqué sur la plaie et recouvert de silk protective ;

5° Le glucose favorise le bourgeonnement et la cicatrisation des plaies :

a) C'est surtout dans les plaies récentes et peu infectées qu'il agit le mieux et le plus rapidement ;

b) Dans les ulcères où le processus de cicatrisation est atteint, son action est très remarquable dans certains cas ; moindre, mais évidente cependant, dans d'autres où la déchéance trophique du membre ulcéré est souvent considérable ;

c) Dans les plaies infectées, il semble agir lentement au début, quand la désinfection n'est pas faite, ensuite il agit avec la même rapidité que dans le cas de plaies non infectées. Il faut désinfecter avec de l'eau bouillie, et même dans certains cas avec des antiseptiques avant d'appliquer le glucose sur la plaie ;

8° Les pansements sucrés sont simples à faire, pratiques et d'un prix minime.

Vu : le Président de thèse,

P. RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUJWID. — Centralblatt für Bacteriolog., 1888, n° 19, cité par Herman.
- Le Sucre de raisin comme cause de la suppuration (Centralblatt für Bakt., t. IV, 1888).
- CARTERET. — Pansements au bicarbonate de soude. Technique. Indications (Presse médicale, 15 décembre 1900).
- CHARRIN et GLEY. — Quatre infections distinctes chez un chien diabétique (Société de Biologie, 4 mars 1893).
- CHARRIN et RUFFIER. — Influence du système nerveux sur l'infection (Société de Biologie, 9 mars 1890).
- CHAVASSE. — Nouveaux éléments de petite chirurgie.
- CHEVRIER. — Le Radium et la cicatrisation. Bourgeonnement et épidermisation des plaies ouvertes et des ulcères sous l'influence de petites quantités de radium (Progrès médical, 2 avril 1910).
- FERRARO. — Action du glucose sur la virulence du staphylocoque pyogenes albus (Rivista clinica terapeutica, 1889).
- GOTTSCHALK. — Le Traitement des plaies. Thèse, 1901.
- GRAWITZ et BARY (DE). — Virchow's Archiv., 1887.
- HERMAN. — De l'Influence de quelques variations de terrain organique sur l'action des microbes pyogènes (Annales de l'Institut Pasteur, 1891).
- KARLINSKI. — Centralblatt für Bakt., 1888.
- KASPARECH. — Influence du système nerveux sur la localisation des microbes sur les articulations (Wiener Klin. Woch., 8 et 15 août 1895).

- KAUFMAN. — Mécanisme de la glycémie normale et du diabète sucré. Diverses publications in Archives de phys., avril 1895.
- MAUREL. — Essai sur le pansement au sérum artificiel. Contribution à l'étude des conceptions modernes sur le traitement des plaies. Thèse, 1909.
- NICOLAS. — Influence du glucose sur le pouvoir pyogène et la virulence générale du staphylococcus pyogenes aureus (Province médicale. Lyon, 1896).
- RECLUS. — L'Eau chaude en chirurgie (Semaine médicale, 1895, n° 56, p. 482).
- RONTSCHEWSKY. — Ueber den Einfluss antiseptischer Mittel auf die Wundbehandlung. Analyse par E. Braatz, in Centralblatt f. Chir., 1892, n° 42.
- ROSEBLATT. — Archiv. für Path. und Phys. Bd. CXIV.
- STEINHAUSS. — L'Étiologie des suppurations aiguës (Literarisch Kritische experimentalle und Klinische Studien. Leipzig, 1889).
- WÆLFLE. — Ueber die Methoden und Erfolge der Wundbehandlung (Prager med. Wochensch., 1897, nos 35-37, p. 137).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Classification des pansements..	9
CHAPITRE II. — Matériaux et modes d'emploi des pansements sucrés.....	15
CHAPITRE III. — Observations.....	19
CHAPITRE IV. — Mode d'action des pansements sucrés.	37
CONCLUSIONS	45
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	47

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et C^e, 43, rue Racine, Paris — 1767-12
